FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 30

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François, Théophile, Joseph GARNIER

Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Juillet 1933, à Pleurtuit (Ille-et-Vilaine)

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 1962

ERYTHEME NOUEUX ET MALADIE DES GRIFFES DU CHAT

Président : M. LAMY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GARNIER François, Théophile, Joseph
Externe en Premier des Hôpitaux de Paris
né le 3I Juillet 1933 à Pleurtuit (I. & V.)

Présentée et soutenue publiquement
le 23 Janvier 1962.

E R Y T H E M E N O U E U X

et

M A L A D I E des G R I F F E S du C H A T

Président : Monsieur LAMY, Professeur

-=-=-=-=-=-=-=-=-

I962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

I-IO-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (R.), Pasteur, Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN.....Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESSEUR .....Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
" " (Prof. à titre personnel)....	ETTORI (J.)
" " (Prof. à titre personnel)....	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof. à titre personnel)....	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	MOUQUIN (M.)
Beaujon.....	SIGARD (A.)
Cochin	N.
Hotêl-Dieu.....	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales.....Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine ...	GOSSET (J.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin).....	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....GAUDART-D'ALLAINES(F.de)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec).....	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (En.-Malades).	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....FUNCK-BRENTANO (P.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (ST-Louis).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants(Enfants-Malades).....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne).....	DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker).. HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).... MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux
(Salpêtrière).... N.
(Boucicaut..... LENEGRE (J.)
(Broussais..... SOULIE (P.)
(Cochin ..... JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques Médicales.....(Cochin ..... BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M.)
(Pitié..... DREYFUS (G.)
(St-Antoine..... KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique
et climatologie (Bichat)..... DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).. GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et
des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu).... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)..... GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales.... (Baudelocque..... LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes). MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique
(Port-Royal)..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)..... RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboi-
sière)..... AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture
(St-Vincent-de-Paul..... LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (En. Malades).. MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).... BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale
(Cochin)..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale
(Vaugirard)..... N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine). LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)..... N.
Embryologie..... GIROUD (A.)
" (Prof. à titre personnel).....TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie
(Lariboisière)... SEZE (S. de)
Histologie..... VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance
(Trousseau)..... TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive..... JOANNON (P.)
" " (Prof. à titre personnel)..... DEPARIS (M.)
Médecine du Travail..... DESOILLE (H.)
Médecine légale ..... PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)... FASQUELLE (R.)
Parasitologie..... GALLIARD (H.)
" (Prof. à titre personnel)..... BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale..... COUVELAIRE (R.)
" " (Prof. à titre personnel)..... LAURENCE (G.)
Pathologie exotique ..... LAVIER (G.)
Pathologie expérientale et comparée..... MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale..... MILLIEZ (P.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538119_0022

	MM
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
" (Prof. à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
" (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
" (" ")	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	GOUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)

	MM
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale.....	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du Travail.....	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique.....	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie.....	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie.....	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie.....	DEBAIN (J.)
Parasitologie.....	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale.....	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (C.-L.) DUBOST (Cl.) DUBOST (Ch.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (J.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale.....	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)

	MM.
Pathologie médicale.....	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MAGREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.), pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture.....	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie.....	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie.....	DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie.....	KREIS (B.)
Psychiatrie.....	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)
Stomatologie.....	GERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.), m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique.....	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie.....	QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE. à titre permanent.

	MM.
Anatomie.....	DEBEYRE
Clinique chirurgicale..	ABOULKER (P.) AMELINE (A.), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale.....	DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale.....	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique....	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture.....	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK (H.)
Clinique urologique..	KUSS (R.)
Médecine légale.....	GAULTIER

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie.....HAUDUROY (P.) Pr, s. ch.
Pathologie chirurgicale.....RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE.

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.).

Conservateur en Chef..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur ..... Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires .....Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.).

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L A M Y

Professeur de Génétique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. K A P L A N

Médecin de l'Hôpital Bretonneau,

Qui nous a sans cesse guidé de ses conseils et nous a inspiré le sujet de cette thèse,

En hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR T A N R E T

Chez qui j'ai rempli pendant un an les fonctions d'Interne.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Messieurs les Docteurs GUENIN

MOUCHET

AMELINE

J.J. WELTI

CACHIN

BROUET

SOULIE

et à TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

INTRODUCTION

HISTORIQUE

L'Histoire de la maladie des griffes du chat est encore brêve ; elle a été décrite le 20 janvier 1950 dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, par DEBRE Robert, LAMY M., JAMMET M.L., COSTIL L. et MOZZICONACCI, comme une nouvelle variété d'Adénite Infectieuse.

Depuis longtemps (une vingtaine d'années), l'autonomie de cette affection était soupçonnée par le Professeur DEBRE, qui avait été frappé par plusieurs cas de suppurations ganglionnaires, froides, stériles, curables, non tuberculeuses, à l'origine desquelles on retrouvait des traces de griffes de chat ; cette maladie, à l'occasion de cas cliniques, avait été distinguée successivement de la Tuberculose, du Sodoku, de la Tularémie, de la maladie de Nicolas Favre et des multiples autres causes d'Adénite.

La phase biologique de l'affection débute en 1945 avec Franklin M. HANGER et HARRY M. ROSE, puis en 1947 avec LEE FOSHAY, qui prépare un antigène analogue à l'antigène de FREI ; des réponses constamment positives aux intradermo-réactions permirent alors d'authentifier les cas cliniques plus récemment observés ; l'examen histologique d'un ganglion, en novembre 1949, par OBERLING, venait compléter la connaissance de la maladie ; il restait cependant une inconnue, l'agent pathogène ; en effet, si d'emblée d'origine infectieuse de la maladie avait été soupçonnée, le germe, ou plutôt le virus n'avait jamais été mis en évidence et les recherches pratiquées restaient toujours négatives.

Parallèlement et indépendamment, P. MOLLARET, J. REILLY, R. BASTIN et P. TOURNIER étudiaient du point de vue clinique, anatomique et expérimental la même maladie. La publication de leurs travaux en Mars 1950 venait confirmer et élargir la description initiale de l'affection qu'ils avaient rencontrée en dehors de tout contact avec des chats.

Dès lors, les observations se multiplient, sur les différents continents, les formes symptomatiques se complètent, rattachées entre elles par l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique. D'un autre côté les recherches se poursuivent dans le but d'isoler le virus responsable de l'affection.

-o-

AGENT PATHOGENE

Les résultats des expérimentations furent ici assez contradictoires :

- négatives pour certains :

  DEBRE R. et JOB J.C.,

  ARMSTRONG, cité par DANIELS W.B. et Mac MURRAY F.G.,

  DUCLOSA SOARES, E. GOUVELA ;

- positives pour MOLLARET, REILLY, BASTIN et TOURNIER, qui, dans une première série de travaux en 1951, confirmés en 1956, inoculèrent l'affection au Callitriche Aethiops Sabaeus, dans des conditions techniques strictes ; les lésions de primo-inoculation furent obtenues chez sept animaux sur les vingt-deux inoculés, et, à deux reprises, sur quatre essais, ils réussirent le passage de singe à singe.

Les critères de la réussite de ces expériences furent histopathologiques et virologiques.

- histologiquement, en effet, ils retrouvèrent des lésions constamment identiques :

au début, lésions nodulaires, serties par du tissu fibro-conjonctif, et dont le centre est constitué par des cellules réticulaires groupées en amas et entourées de cellules lympho-conjonctives, de plasmocytes ;

à un stade plus avancé, les cellules réticulaires présentent des signes de nécrose, tandis qu'apparaît une infiltration par des polynucléaires, le tout évoluant vers l'édification d'un micro-abcès.

Ces lésions histologiques sont superposables très exactement à celles que l'on rencontre chez l'homme.

- de plus, chez les singes inoculés, comme chez l'homme, les auteurs purent mettre en évidence, après coloration au Giemsa, des corps granulo-corpusculaires, en nombre variable, qui font considérer que la maladie des griffes du chat est due à un virus du groupe de l'Ornithose.

Sous le nom de"Adénopathie Régionale subaiguë lymphoplasmodiale", MOLLARET et colla., isolèrent une maladie voisine de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation, mais distincte par ses caractères antigèniques et anatomiques.

PREAMBULE

Si l'existence d'éruptions cutanées au cours de la maladie des griffes du chat est connue de longue date (en effet, dès les premiers cas, on décrit des éruptions maculo-papuleuses ou maculo-vésiculeuses généralisées ou régionales), la possibilité d'un Erythème noueux révélateur d'une lympho-réticulose bénigne d'inoculation est de connaissance plus récente ; elle a été signalée, semble-t-il, pour la première fois par WEILL et BLAS, en 1951, puis par THIERS et THIVOLET, la même année. Dans une monographie, de 1954, DEBRE et JOB en recensaient cinq cas. Plusieurs observasions se sont ajoutées depuis cette période.

Pour notre part, nous voudrions en rapporter deux nouveaux cas, étudiés dans le service du Docteur KAPLAN.

Il convient d'emblée cependant de noter quelques particularités de ces observations :

- un caractère familial ; ces manifestations ont en effet touché les deux jeunes enfants d'une même famille ;

- une période d'incubation que l'on peut chiffrer avec assez de certitude, le contage ayant été bref et précis ;

- enfin, un aspect clinique d'Erythème noueux, bien typique, résumant la symptomatologie initiale.

Tous ces caractères ont été, nous semble-t-il, rencontrés avec moins de netteté dans les autres publications.

-o-

O B S E R V A T I O N S

LES DEUX CAS exposés intéressent la famille MEZ...., originaire d'Afrique du Nord.

- Les parents sont bien portants :

  le père a 48 ans,

  la mère a 40 ans

- Il y a cinq enfants :

  l'aîné a 13 ans,

  puis un garçon de 12 ans.

  Lahlou Mez, 9 ans, fera l'objet de l'obervasion 1,

  Myriam Mez, 7 ans, fera l'objet de l'obervasion 2,

  Enfin, un dernier enfant a 9 mois.

OBSERVATION I

Lahlou Mez est né le 27 mai 195I.

Il est admis dans le Service du Docteur KAPLAN le 23 octobre 1960, pour Erythème Noueux.

Dans les antécédents personnels :

- on ne retrouve que peu de choses notables :

  Rougeole et Varicelle.

- deux interventions chirurgicales :

  Adénoïdectomie en 1951,

  Appendicectomie en 1958.

- L'enfant a subi les vaccinations normales :

  antivariolique et D.T.T.A.B.

  surtout, la vaccination par le B.C.G. (scarification) un an plus tôt ; un B.C.G.-test a été positif en février 1960.

L'histoire de la maladie est simple :

- Les premiers signes sont apparus progressivement une vingtaine de jours auparavant,

asthénie,

anorexie,

nervosité.

- Le premier élément à attirer l'attention est, le 20 octobre 1960, la constatation d'un placard rouge violacé de 3 cms de diamètre au niveau de la crête tibiale droite.

- Le lendemain, 2I octobre 1960, le tableau se complète :

La fièvre s'élève à 39°.

L'asthénie est extrême.

Surtout, plusieurs éléments apparaissent sur les deux jambes, faisant amener l'enfant en consultation et porter le diagnostic d'Erythème Noueux par le Docteur SALET.

L'enfant est admis le 23 octobre 1960.

L'examen initial va noter :

- une fatigue générale assez intense,

- une fièvre à 38°5,

- une éruption qui comprend : un placard infiltré, sensible à la pression, siégeant au niveau du tiers inférieur des deux jambes, de petites nouures dermo-hypodermiques au niveau des cuisses ; le reste des téguments est intact.

- Un examen complet ne retrouve que peu de choses ; la tension artérielle est à 10 - 6 ; la palpation de l'abdomen ne met pas en évidence de spléno-mégalie.

- Au niveau des aires ganglionnaires, une micropolyadénopathie banale : petits ganglions sans caractères inflammatoires.

Nous reverrons dans un chapitre spécial les résultats de l'enquête étiologique qu'a entraînée cet Erythème Noueux ; un traitement non spécifique en est découlé (1 million de pénicilline pendant 10 jours).

L'évolution a été simple :

- Le décalage thermique a persisté pendant presque un mois ; la température atteignant 37°7 - 38°2 chaque soir.

- L'éruption cutanée a évolué d'une manière très banale : après un état stationnaire pendant trois à quatre jours, les éléments se sont affaissés, passant par toutes les teintes de la biligénie locale, suivie d'une desquamation fine de l'épiderme, laissant de petites taches brunâtres au niveau des éléments les plus volumineux.

L'enfant est sorti le 25 novembre 1960.

En résumé : Erythème noueux typique, tant par l'aspect local et évolutif des éléments que par les signes généraux d'accompagnement.

OBSERVATION II

Myriam MEZ...., née le 29 janvier 1953.

Elle est admise le même jour que son frère, le 23 octobre 1960, pour la même symtomatologie, un Erythème Noueux ; elle aussi, dans le Service du Docteur KAPLAN.

- Elle a subi les vaccinations antivarioliques et D.T.T.A.B. et, à la même date que son frère (octobre 1959), le B.C.G. ; l'allergie contrôlée au B.C.G.-test était positive en février 1960.

On relève, par ailleurs :

- un eczéma du cuir chevelu et du visage, ayant duré de l'âge de 2 mois à celui de 3 ans.

- enfin, des crises de tétanie à l'âge de 3 ans.

Histoire de la maladie :

Là encore, le début de la maladie a été progressif et, depuis les premiers jours d'octobre, l'enfant était fatiguée et nerveuse.

Le 22 octobre 1960, se manifestent les premiers éléments : deux ou trois nouures sur la crête tibiale droite.

Le lendemain, la température s'élève à 39°5 ; l'enfant est alors amenée à consulter. Un Erythème Noueux est diagnostiqué. L'enfant est admise à l'hôpital Bretonneau le 23 octobre 1960.

L'examen initial note :

- un état général assez altéré :

  asthénie intense,

  amaigrissement,

  fièvre à 39°.

- l'éruption est étendue :

  tout d'abord, aux deux jambes où existent au niveau de la crête tibiale plusieurs placards indurés, de coloration violacée, chauds,

quelques nouures sont notées au niveau des cuisses (face antérieure et face externe).

de même au niveau de la face postérieure des bras et des avant-bras, au voisinage des coudes.

- L'examen complet ne retrouve que peu de choses :

la T.A. est normale : 9 - 5 I/2,

il n'y a pas de spléno-mégalie,

la palpation des aires ganglionnaires montre une micropolyadénopathie banale ; l'on note cependant au niveau de l'aisselle et de l'aîne quelques ganglions plus volumineux (pois), sans aucun caractère anormal ; leur consistance est normale, sans zone ramollie ; ils ne sont nullement inflammatoires.

Là encore, après un traitement simple (1 million de Pénicilline pendant 13 jours), l'évolution a été favorable.

- la température est restée décalée pendant une dizaine de jours, d'abord oscillante entre 38° et 39° pendant six jours, puis revenant à la normale.

- les éléments cutanés se sont affaissés, sont passés par les couleurs habituelles de la dermatose contusiforme, enfin ont disparu en laissant une tache pigmentée.

- une nouvelle poussée faite de quelques éléments au niveau du coude et des cuisses a été rapidement résolutive.

- et l'enfant est sortie de l'hôpital le 25 novembre 1960.

En résumé : Il s'agit d'une observation strictement superposable à la précédente, tant en ce qui concerne l'aspect des éléments que les signes d'accompagnement et l'évolution ; l'on note cependant que l'éruption a été profuse, décalée de 24 heures, que les signes généraux ont été plus marqués.

Parallèlement, les SIGNES HUMORAUX inflammatoires étaient beaucoup plus nets dans cette deuxième observation que dans la précédente.

Chez le garçon (cas 1), en effet, on notait :

- une numération globulaire à 8.000 globules blancs, avec 6I% de polynucléaires neutrophiles.
- que la vitesse de sédimentation était, le 22 octobre, au moment de l'hospitalisation, à 26 et 55,
  atteignant le 26 octobre, 38 et 65
  pour décroître le 29 octobre, à 20 et 53
  enfin, au moment de la sortie, à 15 et 38.
- La fibrine était deux fois normale à 4 gr,60 et 4 gr,44.

Chez la fillette (cas II) :

- la mumération globulaire indiquait 15.800 leucocytes, avec 68% de polynucléaires neutrophiles.
- la vitesse de sédimentation
  atteignait le 23 octobre, 7I et lll
  s'abaissait, le 2 novembre, à 40 et 77
  puis, le 7 novembre, à I8 et 42.
- De même, la fibrine du plasma

était élevée à 7 gr,20 le 26 octobre,

pour tomber à 2 gr,90 le 7 novembre.

- L'électrophorèse notait une inversion du rapport S/G avec élévation à 20% des globulines alpha 2.

	Obs. 1	Obs. II
Cuti.	-	-
I.D. 10 U.	+	-
Patch.	±	±
I.D. 50 U.		±
B.C.G.-Test	+	+
V.S. (22/10)	26-55	71-111
V.S. (26/10)	38-65	
V.S. (3/11)	15-38	18-42
N-F.S	G.B. 8.000 P.N. 61 %	15.800 68 %

Ces deux cas d'Erythème Noueux familiaux ont fait soulever des PROBLEMES ETIOLOGIQUES communs.

Tout d'abord, la tuberculose a été envisagée mais,

- les deux enfants avaient reçu le B.C.G. en octobre 1959, vérifié par B.C.G.-test en février 1960.

- les réactions cutanées à la tuberculine se sont révélées faiblement positives, de type vaccinal :

la cuti-réaction était négative,

l'intradermo-réaction était positive à 10 unités chez le garçon,

à 50 unités chez la fillette.

- On ne retrouvait aucune notion de contage tuberculeux familial, aucun antécédent évocateur.

- De plus, les examens radiologiques thoraciques (standards et tomographies) sont strictement normaux.

La deuxième hypothèse envisagée fut celle d'une étiologie Streptococcique :

- L'allure évolutive de l'affection,

l'intensité des signes inflammatoires, tant humoraux que cliniques, pouvaient l'évoquer.

- Cependant, le taux des antistreptolysines a été mesuré à plusieurs reprises ; il est resté à 200 unités chez le garçon, à 240 chez la fille.

- de plus, plusieurs prélèvements de gorge n'ont pu mettre en évidence le Streptocoque Hémolytique.

Une étiologie Toxique n'a pu non plus être retenue, car on ne retrouve aucune absorption de toxique ou de médicaments à base de sulfathiazol, d'iode, de brome.

C'est alors que l'on a pensé à rechercher une étiologie qui avait pu être mise en cause plusieurs fois ces dernieres années, il s'agit de la maladie des Griffes du Chat ou lympho-réticulose bénigne d'inoculation.

- La recherche d'un contage a permis effectivement de retrouver rapidement que les jeunes enfants, en vacances pendant le mois d'août, avaient joué avec un chat ; ils avaient été griffés plusieurs fois, mais l'examen n'en décèle aucune trace ; tout au plus, chez le garçon, sur la région thoracique, une petite cicatrice blanchâtre d'origine imprécise, sans adénopathie satellite.

- Les réactions cutanées à l'antigène spécifique de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation allaient confirmer cette impression : le 5 novembre, l'intradermo-réaction est en effet fortement positive chez les deux enfants, donnant en 48 heures une réaction importante, papuleuse, de plusieurs centimètres de diamètre, persistant pendant huit à dix jours.

- Par contre, l'enquête familiale n'a donné aucun résultat ; chez la mère et les deux aînés qui pourtant avaient été en contact avec les mêmes chats, l'intradermo-réaction spécifique s'est révélée négative.

- Pour plus de certitude diagnostique, il est décidé de pratiquer l'ablation des petits ganglions que nous avons signalés exister chez la fillette au niveau de l'aisselle droite

et aînes ; à l'examen clinique, ils semblaient banaux.

L'exérèse d'un paquet axillaire pratiquée dans le Service du Professeur LAURENCE a été simple.

- Dès le simple examen macroscopique, les ganglions apparaissent anormaux, avec à leur surface de petits foyers jaunâtres en grains de mil.

- L'Histologie a retrouvé de multiples foyers de nécrose semblant occuper généralement la place des centres germinatifs des follicules corticaux. Cette nécrose acidophile, non homogène, laissant deviner les éléments nécrosés, est plus ou moins suppurée. Elle est entourée d'une couronne de gros éléments épithélioïdes, disposée en palissade ; au sein de ces éléments épithélioïdes, se mêlent quelques plasmodes multinuclées ; une mince couronne de lymphocytes et de plasmocytes cerne le tout. C'est l'aspect typique de l'adénite nodulaire de la maladie des griffes du chat, dite encore lymphoréticulose bénigne d'inoculation, bien que l'aspect histologique soit celui d'une suppuration subaiguë et non point celui d'une réticulose.

Ainsi, l'histologie venait confirmer le diagnostic de Maladie des Griffes du Chat chez deux jeunes enfants d'une même famille, hospitalisée pour Erythème Noueux.

-o-

La PLACE
de la MALADIE des GRIFFES du CHAT
Parmi les CAUSES
d' ERYTHEME NOUEUX

Si la pathogénie de ces manifestations reste toujours aussi discutée,

- maladie autonome, probablement d'origine virale, se manifestant sous l'influence de facteurs variés (MIESCHER),

-- syndrome allergique relevant d'étiologies diverses (GOUGEROT, PAUTRIER), tout Erythème Noueux reconnu oblige aux mêmes INVESTIGATIONS ETIOLOGIQUES, et, il faut le dire, la place de la maladie des griffes du chat y est encore bien modeste.

L'on pense avant tout à la primo-infection TUBERCULEUSE, dont on cherche à faire la preuve :

- par les données anamnéstiques,
- par les réactions cutanées à la tuberculine,
- par les clichés thoraciques (en sachant cependant que, si les adénopathies médiastinales restent assez rares dans la maladie des griffes du chat, elles n'en existent pas moins : CHARBONNEAU, MEYER et FREOUR ; de même pour les images bronchiques ou pulmonaires : USTERI, WEGMANN et HEDINGER,
TURIAF et JEANJEAN,
TESSIER et BERGE).

Par ailleurs, Tuberculose et Lympho-réticulose bénigne d'inoculation, ne sont pas incompatibles ; nous n'en voulons pour preuves que les cas cités par PAGES, MASSE, CAPDEVILLE
DEBRE et JOB (obs. 20).

En deuxième lieu, l'on pense à une origine TOXIQUE (iodures, brome, antipyrine), mais surtout Sulfamides, et l'on sait avec quelle fréquence ces divers médicaments entrent dans la composi-

tion de multiples spécialités ; l'absorption récente de l'un quelconque de ces produits est souvent retrouvée par l'interrogatoire; il en est ainsi d'un cas de FONTAN, VERGES, MARTIN et VERIN, où un traitement sulfamidé par voie rectale a précédé de quatre jours l'apparition d'un Erythème Noueux et d'une adénite inguinale inflammatoire avec intradermo-réaction spécifique de la maladie des griffes du chat.

Une troisième étiologie retrouvée actuellement avec plus de fréquence est le stretocoque hémolytique. L'on a insisté (BOUVRAIN, FORTIN et Mlle C. de BRYE) sur certains caractères cliniques de l'Erythème noueux streptococcique (précession d'une angine, nodules plus gros et plus douloureux, coexistant avec des placards très étendus, évolution plus prolongée et récidivante), mais surtout sur l'importance et la prolongation des signes biologiques d'infection streptococcique (électrophorèse, fibrine, antistreptolysine, taux de protéine C, prélévement de gorge) joints à des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, à la découverte d'une cardiopathie rhumatismale.

Et la Maladie des Griffes du Chat trouve ici sa place, au même titre que la maladie Nicolas FAVRE (dont on connaît les étroites relations anatomiques et biologiques), que la Syphilis, la Diphtérie, la Typhoïde, les Méningococcies, les Gonoccies, les Sarcoïdoses de Besnier-Boeck-Schaumann, etc....

Enfin, nous mettrons à part le syndrome de Lofgren.

La PLACE
de l'ERYTHEME NOUEUX
Dans la SYMPTOMATOLOGIE
de la MALADIE des GRIFFES du CHAT

Il convient maintenant de replacer l'Erythème Noueux dans la Symptomatologie de la maladie des griffes du chat ; sa FREQUENCE n'est pas négligeable.

- En France, dans une étude de 1954 groupant environ 300 cas, DEBRE R. et JOB J.C. (1) citent l'Erythème Noueux cinq fois.

- A l'Etranger, sur 83 cas étudiés, SPANLDING et HENNESY (14) ne mentionnent les nouures qu'à deux reprises dans les signes cliniques atypiques ; de même, pour DANIELS W.B. et Mac MURRAY F.G. (15), qui groupent 160 cas.

LES ASPECTS CLINIQUES de ces Erythèmes Noueux sont assez divers ; nous allons brièvement passer en revue les 15 cas que nous avons pu grouper.

Dans une observation (observation II de MARQUEZY, BACH et BLAMOUTIER : 3), l'Erythème Noueux a été l'élément clinique dominant, à l'occasion duquel a été posé le diagnostic de lymphoréticulose bénigne d'inoculation.

- Un enfant de 10 ans présente pendant huit jours un tableau subaigu associant une fatigue générale, une inappétence, une somnolence diurne, des douleurs articulaires et musculaires.

- Au terme de cette période prodromique, apparaît alors, accompagné d'une asthénie, d'une élévation thermique à 38°5 et d'une hyperhémie conjonctivale sans éléments phlycténulaires, un Erythème Noueux typique dont les éléments vont siéger aux deux jambes, au tiers inférieur des cuisses, confluer les jours suivants, puis s'étendre aux avant-bras et aux bras.

- Comme dans les cas que nous avons relatés, l'adénopathie est une découverte d'examen ; les ganglions atteints siègent dans la région sus-épitrochléenne et axillaire droites ; leur taille varie de celle d'une noisette à celle d'une noix ; ils sont fermes, sans périadénite, légérement sensibles à la pression ; ils font découvrir au niveau de l'auriculaire droit une tuméfaction péri-unguéale et à la partie moyenne de celle-ci une excoriation linéaire.

Dans tous les autres cas, une adénopathie importante motivait l'examen et s'associait ou précédait l'Eruption Cutanée.

L'évolution simultanée est retrouvée dans plusieurs observations.

Il en est ainsi du cas rapporté par FONTAN, VERGES, MARTIN et VERIN (2), où l'on assiste, au cours d'un tableau aigu avec fièvre élevée à 40°, frissons et diarrhée intense, à l'apparition d'une éruption de type Erythème Noueux sur la face antérieure des jambes, associée à une adénite inguinale, de caractères nettement inflammatoires, adhérant à la peau, fluctuant en quelques jours, sans lésion focale décelable.

L'observation II de MARTIN et Mlle MOULY (9) est presque superposable à la précédente. Le début est cependant moins brutal, l'Erythème Noueux est plus diffus ; l'adénopathie est de siège inguinal ; elle est satellite d'une excoriation cutanée de la face externe de la jambe où il persiste une cicatrice croûteuse.

De même, WEILL et BLAS (6) rapportent l'observation d'une fillette de 12 ans dont l'état général s'altérait de jour en jour

et chez qui, au quinzième jour de sa maladie, on voit apparaître une température à 39°9, huit à dix nouures sur chaque tibia, enfin une adénopathie du triangle de Scarpa, de la taille d'une grosse olive, douloureuse, empâtée ; l'enfant présente de nombreuses traces de griffures de chat, de même que ses parents et une jeune soeur, qu'une étude systématique montrera eux aussi atteints par l'affection.

La précession de l'adénopathie sur l'éruption cutanée peut-être de courte durée ; ainsi dans l'observation de SANSOT (8) :

- cinq jours seulement s'écoulent entre la découverte fortuite, lors de la toilette, d'un ganglion axillaire du volume d'une noisette, indolore, et l'apparition en climat hautement fébrile d'un Erythème Noueux très important dont trois poussées vont se succéder en vingt jours ; à signaler que pendant cette période la température est restée élevée entre 38° et 39°.

- ce n'est qu'un mois après le début de l'affection que le médecin est appelé à voir l'enfant et qu'il note une dizaine de nouures en train de s'estomper sur la face antérieure des deux tibias ; l'adénopathie axillaire a augmenté de volume, mais elle est ferme, sans signe de ramollissement ; elle siège au dessus d'une plaie torpide sur la face dorsale de la base de l'index ; en soulevant une petite croûtelle jaunâtre, on découvre une petite goutte de pus.

Dans toutes les autres observations, l'adénopathie précède les nouures de plus longue date.

Cette notion est soulignée dans l'observation de ROUX (10), où un intervalle de seize jours s'est écoulé entre la constata-

tion d'une adénopathie axillaire gauche volumineuse, dont le point de départ est retrouvé sous la forme d'une croûtelle minuscule, du volume d'une tête d'épingle, recouvrant un micro-abcès, siégeant à la pulpe du médius et l'éclosion brutale et fébrile d'un Erythème Noueux avec douleurs rhumathoïdes.

Un intervalle du même ordre est noté dans l'observation (4) de MEYER, HESSE et TABARY :

- La malade est une femme de 28 ans, hospitalisée pour une adénopathie jugulo-carotidienne droite, froide, évoluant à bas bruit, sans manisfestations inflammatoires patentes.

- Lors de l'hospitalisation, il est constaté une éruption faite de quatre à cinq nodosités ovalaires, symétriques, sur les deux tibias, mais aussi une exulcération endobuccale siégeant sur la gencive, un peu en arrière de la dernière molaire inférieure droite ; il est à noter qu'ici les signes généraux ont été très discrets.

COX (2I) rapporte l'observation d'une fillette de 8 ans :

- qui avait présenté une poussée fébrile modérée, tandis que grossissait progressivement et sans douleur une masse au niveau de l'aîne gauche.

- Lors du premier examen, deux papules rouges étaient constatées sur la cuisse gauche, une trace de griffure de chat était relevée sur la cuisse droite.

- Au bout de deux semaines d'évolution, l'on voit apparaître sans recrudescence fébrile des nouures sur la face antérieure des deux jambes.

THIERS et THIVOLET (5) notent un intervalle du même ordre chez un jeune garçon hérédo-syphilitique, correctement traité :

- Cet enfant présente une adénopathie inguinale droite, haut située, à cheval sur le pli inguinal ; l'existence, sur l'autre cuisse cependant, des griffures de chat fait soupçonner le diagnostic que les réactions cutanées viennent authentifier.

- Au dix-huitième jour d'un traitement par la Didromycine, apparaissent, sans poussées au niveau de l'adénopathie, sans douleur articulaire, ni recrudescense au niveau de l'intradermo-réaction, des plaques mal limitées, rouge vif, non ecchymotiques, infiltrées et douloureuses, de cinq centimètres de diamètre ; seul, leur siège à la face antérieure des deux jambes fait envisager aux médecins la possibilité d'un Erythème Noueux atypique ; il va évoluer vers la disparition en six à sept jours.

- Il est suivi d'une deuxième poussée éruptive dont les éléments ne laissent, cette fois, planer aucun doute sur leur véritable nature : nouures typiques.

Un intervalle plus long encore est noté dans l'observation 1 de MARQUEZY, BACH et BLAMOUTIER :

- Il s'agit d'un enfant de 10 ans porteur d'une adénite inguinale subaiguë et d'un élément papulo-croûteux du mollet droit, évoluant depuis trois mois environ, dont l'étiologie n'en avait pas été reconnue.

- C'est la survenue d'un Erythème Noueux typique localisé au niveau des deux jambes, accompagné d'un décalage thermique modéré à 38°, qui vient faire compléter les investigations

étiologiques et arriver au diagnostic de lympho-réticulose bénigne d'inoculation.

MAN (7) rapporte une observation plus curieuse encore :

- C'est celle d'une jeune fille de 18 ans qu'il voit à la mi-septembre 1950 pour un larmoiement, une tuméfaction palpébrale unilatérale ; un examen ophtalmologique lui permet de rattacher ces troubles à une conjonctivite folliculaire ; quelques jours plus tard, apparaît une tuméfaction pré-auriculaire dont l'origine ganglionnaire est bientôt reconnue ; un ganglion jugulaire du même côté est d'ailleurs retrouvé à l'examen.

- le 20 octobre, c'est-à-dire environ un mois après le début de l'affection, la maladè présente assez brusquement un malaise général, des courbatures, une température à 38°5 et l'examen découvre un Erythème Noueux des dèux jambes, venant confirmer l'étiquette initiale de tuberculose occulaire probable malgré l'absence de lésions spécifiques à la biopsie conjonctivale.

- Ce n'est que dix mois après, en juillet 1951, que l'affection sera rattachée à sa véritable cause, la lympho-réticulose bénigne d'inoculation, par une intradermo-réaction à l'antigène spécifique ; il est d'ailleurs à remarquer que, contrôlée trois ans plus tard, cette réaction est toujours positive.

Enfin, dans une dernière observation, celle de MARINI et TONELATO (17) :

- l'Erythème Noueux n'a été qu'un épisode tardif d'une maladie générale intense, débutant par une adénite sous- maxillaire volumineuse, évoluant rapidement vers la suppuration,

obligeant à l'incision.

- Quinze jours plus tard, des nouures apparaissent sur les deux jambes, en même temps que la température s'élève, que l'enfant tousse et devient polypnéique ; ce premier épisode pulmonaire est suivi à brève échéance d'une nouvelle poussée ganglionnaire de siège cervical, accompagnée de nouvelles manifestations respiratoires.

Au terme de cette revue des cas d'Erythème Noueux (nous en avons étudié quinze) au cours de la maladie des griffes du chat, on peut retenir :

- que dans toutes les observations les éléments sont multiples et volontiers symétriques.

- que leur aspect est très typique : nouures bien individualisées au début, enchassées dans le derme, sensibles à la pression ; dans un seul cas (THIERS et THIVOLET), l'aspect de l'éruption est plus discutable, une seconde poussée plus nette étant cependant notée huit jours plus tard.

- que leur siège est, lui aussi, bien caractéristique : avant tout la crête tibiale au voisinage des genoux dans douze observations, puis le tiers inférieur des cuisses (dans trois cas) enfin, la face postérieure des bras et des avant-bras est citée deux fois ; il n'a jamais été noté de nouures thoraciques ou crâniennes.

- que leur évolution ne saurait surprendre, virant au violet avant de disparaître avec une fine desquamation ; dans trois cas, il est noté une seconde poussée ; il y en aura même une troisième dans l'observation de SANSOT.

- Enfin, que l'éruption apparaît pratiquement toujours en climat fébrile ; parfois, la température est très élévée à 39°-40° avec frissons ; il en est ainsi dans six observations ; dans la majorité des cas cependant, le tableau clinique est moins sévère, limité à un décalage thermique à 38°-38°5 ; les classiques arthralgies ne sont notées que deux fois ; dans aucun cas il n'est fait mention d'une angine.

-o-

Quels sont, d'autre part, les éléments cliniques et paracliniques qui ont pu conduire au DIAGNOSTIC de LYMPHO-RETICULOSE bénigne d'inoculation ?

Cliniquement, nous l'avons vu, c'est avant tout l'association à une adénopathie.

Les caractères de celle-ci sont essentiellement variables :

- le volume va du petit ganglion (à la limite du pathologique) à la masse plus importante (grosse noix, mandarine), mais il reste le plus souvent modéré.

- le siège de l'adénopathie peut être

  . axillaire (dans quatre cas),

  . inguinal (dans cinq cas),

  . cervical (dans trois cas),

Il convient surtout de noter l'aspect régional de ces adénopathies faites le plus souvent d'un ganglion principal et de plusieurs autres plus petits ; dans d'autres cas, il existe une atteinte ganglionnaires étagée, frappant ainsi, dans l'observation II de MARQUEZY, BACH et BLAMOUTIER deux ganglions sus-épitrochléens et trois ganglions axillaires, ou, dans l'observation de MAN, un ganglion pétragien et des ganglions jugulo-carotidiens.

- L'aspect des ganglions est, le plus, souvent celui d'une inflammation subaiguë ; augmentant de volume plus ou moins rapidement, ils sont peu douloureux, voire même indolores, et gardent pendant longtemps une consistance assez ferme ; la périadénite ou l'adhérence aux plans voisins est modérée et il n'apparaît de modifications cutanées que lorsque le ganglion devient

fluctuant ; cette fluctuation n'a été notée que quatre fois ; dans tous les autres cas, l'adénopathie a régressé très progressivement, persistant six semaines dans l'observation I de MARQUEZY, huit semaines dans celle de WEILL et BLAS.

- dans aucun cas, il n'est signalé de Splénomégalie, ni d'adénopathie profonde (thoracique ou abdominale).

Le deuxième élément clinique à orienter le diagnostic est la notion de lésion primaire ou d'inoculation.

- Traces cicatricées de griffures de chat ; elles sont notées sept fois.

- Elément papuleux, papulo-croûteux ou même micro-abcès (deux fois).

- Ou encore, conjonctivite folliculaire, comme dans le cas MAN ; exulcération buccale, comme le rapportent MEYER et Coll.

Cette lésion est toujours située dans le territoire drainé par les ganglions qui seront atteints.

Enfin, dans neuf cas, il est retrouvé la notion d'un chat dans l'entourage immédiat du malade.

Ainsi donc, c'est sur le groupement "Adénopathie - Lésion d'inoculation" que l'on peut suspecter cliniquement la maladie des Griffes du Chat. Sur quels examens paracliniques peut-on l'affirmer ?

La vitesse de sédimentation est assez notablement accélérée dans tous les cas où elle a été étudié, atteignant :

7I - 111 dans une de nos observations,

65 - 98 dans l'observation II de MARQUEZY.

De même, les résultats de la numération sanguine ne sont pas plus concluants :

- normale dans notre cas numéro 1
  dans l'observation de MEYER et
  dans celle de COX ;

- avec une hyperleucocytose franche dans sept autres cas, atteignant au maximum I8.200 globules blancs dans l'observation 1 de MARQUEZY.

- La formule est, elle aussi, habituellement peu modifiée.

- Il n'a jamais été noté d'anémie.

La ponction ganglionnaire a été pratiquée six foix (2), (10), (4), (2I), (17), (8) ; le pus retiré est bien lié, jaune verdâtre, surtout très épais.

- L'examen cytologique montre un grand nombre de polynucléaires altérés ;

- L'examen bactériologique a surtout une valeur d'argument négatif ; pas de germes banaux à l'examen direct et à la culture sur milieux usucls ; pas de bacilles acido-alcoolo-résistants ; Les cultures sur milieu de Lowenstein restent stériles ; les inoculations aux animaux de laboratoires restent négatives.

L'Adénogramme n'a jamais pu être réalisé ; la biopsie ganglionnaire n'a été pratiquée que deux fois :

- (cas numéro 2), et nous avons déjà exposé ses résultats.

- observation de MARINI et TONELATO, "lésions de réticu-

lose ressemblant à la tuberculose".

La Biopsie de la lésion primaire a aussi été faite une fois par COX : "granulome essentiellement monocytaire avec quelques cellules géantes".

En fait, l'examen qui a permis dans tous les cas de poser le diagnostic est l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique ; il ne convient pas ici de revenir sur le mode de préparation de cet antigène et sur sa technique d'injection ; il faut seulement noter que ces réactions cutanées sont dans tous les cas positives ; jamais la réponse ne prête à discussion et tous les auteurs insistent sur l'intensité de cette réaction :

- "nodule indure de 15 mm de diamètre, inscrit dans une aréole érythémateuse de 30 mm" (WEILL)

- "forte boursouflure au troisième jour, véritable escarrhe au cinquième jour, l'induration durant trois semaines" (SANSOT)

- reproduisant une nouure dans plusieurs cas (comme lorsqu'il s'agit d'une réaction cutanée à la tuberculine en période de primo-infection)

- s'accompagnant même d'une élévation thermique dans l'observation de MARTIN et Mlle MOULY, sans cependant qu'il soit jamais signalé de réactivation de l'Erythème.

Quant à la durée de la persistance de l'allergie, elle n'a été vérifiée que dans un cas (MAN) ; trois ans après, elle était toujours positive.

Dans une seule observation, il a été pratiqué une réaction de déviation du complément (COX) ; elle a été négative.

Un autre point, que nous avons signalé dans nos deux observations, est le caractère volontiers familial de l'affection : cette notion doit être recherchée systématiquement, tant du point de vue clinique que par les réactions cutanées à l'antigène des Griffes du Chat :

- dans l'observation de WEILL et BLAS, les quatre personnes d'une famille sont atteintes et présentent des manifestations variées :

  . un érythème noueux pour la fille de 12 ans,

  . une pseudo-parotidite pour le père,

  . une adénite sus-épitrochléenne pour la mère,

  . enfin, la jeune soeur, cliniquement indemne, réagit à l'intradermo-réaction spécifique.

- dans l'observation II de MARQUEZY, dans une famille comptant sept enfants, on retrouve :

  . un érythème noueux,

  . une adénopathie axillaire et trapézienne isolée,

  . une adénopathie épitrochléenne et axillaire,

tous ces enfants ayant bien entendu des réactions cutanées fortement positives.

Le dernier point intéressant est celui de la détermination de la durée d'une éventuelle période pré-allergique ; nous avons vu que, dans les cas que nous avons décrits, elle peut être fixée

à 45 jours environ (contage pendant le mois d'août, apparition de l'Erythème Noueux à la mi-octobre) ; dans les autres observations citées, cette notion n'est retrouvée qu'avec moins de netteté ; de trois mois dans l'observation (6), à peu près 30 jours dans l'observation de ROUX (10).

C'est le délai habituel que l'on donne comme la période d'incubation de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation.

On est alors en droit de se demander si l'Erythème Noeux n'est pas, comme il l'est dans la tuberculose initiale, contemporain de l'éclosion de l'allergie spécifique.

-o-

C O N C L U S I O N S

Ainsi, nous venons d'exposer deux nouveaux cas d'Erythème Noueux révélateur d'une maladie des griffes du chat.

Pour rattacher à cette affection les nouures, il a fallu, dans un premier temps, éliminer les étiologies plus fréquentes (tuberculose, toxique, rhumatisme), et la certitude de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation a été fournie par les réactions cutanées à l'antigène spécifique et par l'image histologique d'un ganglion dont les caractères cliniques étaient cependant loin d'être pathologiques.

Ces observations ont été le prétexte pour préciser la place de la maladie des griffes du chat parmi les causes d'Erythème Noueux et surtout pour préciser la place de l'Erythème Noueux dans la symptomatologie de la Maladie des Griffes du Chat.

Nous avons analysé quinze observations comportant une telle association ; la première remonte à 1951 ; elle est due à WEILL J. et BLAS F. . Dans la majorité des cas, à l'Erythème Noueux, s'associent une adénopathie et la notion de griffures de chat. C'est cependant sur les réactions cutanées à l'antigène spécifique que repose en fait la certitude du diagnostic.

Deux caractères de nos observations méritent, en conclusion, d'être signalés à nouveau :

- c'est d'une part l'atteinte des deux enfants d'une même famille,

- c'est surtout l'apparition quasi simultanée (à 24 heures d'intervalle) de l'éruption chez les deux enfants ; étant donné que la période pendant laquelle ils ont pu être contaminés est assez brève et précise, on peut dire que l'éclosion d'Erythème Noueux a suivi de quarante-cinq jours à deux mois le contact infectant, semblant concorder avec l'apparition de l'allergie spécifique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président :
LAMY

Vu, le Recteur :
SARRAILH

	Personnels		Marquezy		Fontan	Martin		Veill	Sansot	Roux	Meyer	Cox	Thiers	Man	Marini
	1	2	B 1	B 2	VMV	M I	2	B.			H.T.		T.		T.
Circonstances du Diagnostic	EN	EN + Ad	Ad 3 mois EN	EN + Ad	EN + Ad	EN	EN + Ad	EN + Ad	Ad 5 jrs EN	Ad I6 jrs EN	Ad I5 js EN	Ad I5 js EN	Ad I8 jrs EN	Conj. Ad EN	Ad EN Pulm
Aspect clinique															
- T°	39°	39°5	38°	38°5	40°		38°	39°9	39°5	38°5	Norm.	Norm.	Norm.	38°5	39°
- N°des élém	++	++	+	+++	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++
- Evolution	30jrs	30jrs			45jrs			3mois	3mois	30jrs	2mois	30jrs			
- N des poussées	I	2	I	I				I	3	I		I	2	I	
R.C.Tuberculine	I	±	-	-	-	?	+	-	-	-	+	-	-	+	-
Examens Paracliniques															
- V.S.	26-55	7I-III	40-80	65-98					40-96			2I			40
- N.F.S.	8.000	I5.800	I8200	I2.600				I3.800	9.800		Norm.	8.I00		I3.000	I0000
Eléments du diagnostic															
- R.C.spécifique	++	++	++	++	++	?	++	++	++	++	++	++	++	++	++
- Ana Path.		Biopsie			Ponct.				Ponct.	Ponct	Ponct.				Biopsie
Griffures de chat	+	+	+	+	0		+	+	+	+	+	+	+	+	
Enquête familiale	+	+		+				+							
Période Préallergique	45jrs	45jrs						3mois		30jrs					

B I B L I O G R A P H I E

(1) DEBRE R. et JOB J.C. - La maladie des Griffes du Chat.
(Acta Paediatrica, 1954, vol. 43 supp. 96)

(2) FONTAN A., VERGER P., MARTIN C. et VERIN - Sur un cas de lympho-réticulose bénigne d'inoculation.
(J. Méd. Bordeaux, 128 : 1027, 1951)

(3) MARQUEZY R.A., BACH Ch. et BLAMOUTIER - Erythème Noueux et lympho-réticulose bénigne.
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1955, 77, p. 642-644)

(4) MEYER A., HESSE J.C. et TABARY J.C. - Erythème Noueux et lympho-réticulose bénigne d'inoculation avec adénopathie cervicale.
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1955, 77, p. 577-581)

(5) THIERS H. et THIVOLET - Erythème Noueux aux cours de l'évolution d'une lympho-réticulose bénigne d'inoculation.
(Lyon Méd., 187, 10 - 11; 6 juill. 1952)

(6) WEILL J. et Mlle BLAS F. - Erythème Noueux et griffures de chat.
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1951, 67, p. 1141-1144)

(7) MAN H. - Un cas de forme oculaire de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation avec Erythème Noueux.
(Société d'Ophtalmologie de Paris, 16 jan. 1954)

(8) SANSOT M. - Erythème Noueux au cours d'une maladie des Griffes du Chat.
(Arch. Fr. de Pédiatrie, T.4, n° 5, 1957, 514)

(9) MARTIN et Melle MOULY - Maladie des griffes du chat et Erythème Noueux.
(Soc. Péd. Bordeaux, 27 janv. I954)

(IO) ROUX J.A. - Un cas d'Erythème Noueux dans la maladie des griffes du chat.
(Pédiatrie, VII, 4I : 238-239, 1952)

(11) PAGES F., MASSE A. et CAPDEVILLE J. - Maladie des griffes du chat coexistant avec une primo-infection tuberculeuse.
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 67 : 2I3-2I7, séance du 16 février 1951)

(12) KALTER S.S., PRIER J.E. et PRIOR J.T.- Recent studies on the diagn. of cat scratch fever.
(Ann. Int. Med., 1955, 42, pp. 562 - 573)

(13) PERREAU et Girard - Une épidémie d'Erythème Noueux non tuberculeux.
(Semaine des hôpitaux de Paris, 3I,-68, pp. 3638-3640 20 novembre 1955)

(14) W.B. SPANLDING et J.N. HENNESSY - Cat scratch disease, a study od 83 cases.
(Ann. J. of Med., 1960, 28, n° 4, april, p. 504-509)

(15) W.B. DANIELS et J.G. Mac MURRAY - Cat scratch disease : report of 160 cases.
(J.A.M.A., 154 - 1247, 1954)

(16) W.E.R. GREER et C.S. KEEFER - Cat scratcht fever : a disease entity.
(New England J. Med, 244-545, 1951)

(17) MARINI C. et TONELATO V. - Su di un caso di limforeticolosi benigna d'inoculazione con manifestazioni pleuropolmonari e eritema nodoso.
(Acta Paed. Latina, 1959, 12, n°2, p.161-172)

(18) MOLLARET P., REILLY J., BASTIN R. et TOURNIER P. - Une maladie ganglionnaire nouvelle, adénopathie régionale subaiguë spontanément curable avec intradermo-réaction et lésion histologique particulière.
(Presse Médicale, 58 : 282-283, 18 mars 1950)

(19) MOLLARET P., REILLY J., BASTIN R. et TOURNIER P. -
(B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 67 : 687-702, 11 mai 1951)

(20) MOLLARET P., REILLY J., BASTIN R. et TOURNIER P. - Le virus de la lympho-réticulose bénigne d'inoculation.
(Presse Médicale, 1956, 64, p. 1177)

(21) COX P.J.M. - Cat scratch fever.
(Proc. Roy. Soc. Med. (Paed.), 45 : 456, juil. I952)

(22) DEBRAY J. et HILLEMAND B. - L'Erythème Noueux non tuberculeux.
(Revue du Praticien, 1957, VII : 1317)

(23) PAUTRIER - Pathogénie et nature de l'Erythème Noueux.
(Sem. Hôp. Paris, 3I, 4, pp. I87-I90, 14 janvier 1955)

(24) TESSIER R., BERGE Ch., SERVANTIE et CHASSAIGNE R. -
(Soc. Méd. Bordeaux, 17 février 1959)

(25) BOUVRAIN Y., FORTIN P., CARMANIAN M. et Mlle de BRYE C.-
Eruption érythémato-nodulaire streptococcique au cours de la crise de rhumatisme articulaire aigu.
(Bull. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1955, 7I, p. 1138-45)

(26) KAPLAN M., SALET J., GRUMBECH R., PEAN G., BORALEVI C., DRAPEAU P. et ANIZAN B. - Deux cas familiaux et simultanés d'Erythème Noueux par lympho-réticulose bénigne d'inoculation (1961).
(Soc. Méd. Hôp. Paris, Séance du 17 Février 1961)

T A B L E des M A T I E R E S

-o-

Pages

INTRODUCTION 6

I/ HISTORIQUE..... 7

II/ AGENT PATHOGENE..... 9

III/ PREAMBULE..... 11

DEUX NOUVEAUX CAS 12

I/ Lalhou MEZ 13

II/ Myriam MEZ 15

III/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES..... 18

IV/ DISCUSSIONS ETIOLOGIQUES 20

V/ HISTOLOGIE..... 22

LA PLACE DE LA MALADIE DES GRIFFES DU CHAT

PARMI LES CAUSES D'ERYTHEME NOUEUX..... 23

LA PLACE DE L'ERYTHEME NOUEUX DANS LA SYMPTOMATOLOGIE

DE LA MALADIE DES GRIFFES DU CHAT..... 26

I/ STATISTIQUES EN FRANCE ET A L'ETRANGER..... 27

II/ ASPECTS CLINIQUES 27

1) L'Erythème Noueux révélateur de l'affection.

2) L'Erythème Noueux contemporain de l'adénopathie.

3) L'Erythème Noueux accident évolutif.

4) Conclusions.

TABLE des MATIERES (suite)

III LES AUTRES SIGNES DE LA MALADIE DES GRIFFES DU CHAT 35

1) Les adénopathies.
2) La lésion primaire - le chat.
3) Les résultats des examens biologiques et anatomo-pathologiques.
4) Réactions cutanées à l'antigène spécifique.
5) Notion épidémique.
6) Durée de période pré-allergique

CONCLUSIONS 41

BIBLIOGRAPHIE 45

-o-